



Medicare

Beneficiary Services: 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)
TTY/ TDD: 1-877-486-2048

Le agradecemos su pedido reciente del formulario de Solicitud de Pago de Gastos Médicos del Paciente (formulario de CMS No 1490S). Le adjuntamos el formulario, las instrucciones para llenarlo y la dirección adónde devolverlo para su tramitación.

En la mayoría de los casos, Medicare no pagará por los servicios médicos que usted reciba fuera de los Estados Unidos y de sus Territorios. El término “fuera de los Estados Unidos” significa cualquier otro lugar que no sean los 50 estados, el Distrito de Columbia, Puerto Rico, las Islas Vírgenes estadounidenses, Guam, Samoa Americana y las Islas Marianas del Norte.

Medicare podría pagar por la internación en un hospital, el servicio del médico o de la ambulancia que reciba en un hospital extranjero (fuera de los Estados Unidos) en las siguientes circunstancias:

- Si tiene una emergencia médica en los Estados Unidos y el hospital extranjero está más cerca que el hospital estadounidense más cercano que pueda tratar su problema de salud.
- Si está viajando por Canadá sin detenerse y por la ruta más directa entre Alaska y otro estado cuando tiene la emergencia, y el hospital canadiense está más cerca que el hospital estadounidense más cercano que pueda tratar su problema de salud.
- Si vive en los Estados Unidos y el hospital extranjero está más cerca de su domicilio que el hospital estadounidense más cercano que pueda tratar su problema de salud, independientemente de que sea o no una emergencia.

Por favor llene el formulario y envíe la factura detallada y cualquier otro documento que sirva como prueba de su necesidad médica al contratista de Medicare y explique en detalle la razón por la que está presentando la reclamación. La dirección a la que debe enviar el formulario una vez que lo haya llenado depende del lugar donde reside. Por ejemplo: si vive en Alabama tendrá que enviar la reclamación a la dirección en Alabama que aparece incluido en este paquete.

Cuando envíe su reclamación a Medicare, asegúrese de llenar todo el formulario. Los contratistas de Medicare rechazarán la reclamación o le enviarán una carta explicándole porqué le devolvieron el formulario si estaba incompleto.

Debe enviar el formulario original y guardar una copia para su archivo personal. La demora para que Medicare reciba y tramite su reclamación será de aproximadamente 60 días.

Si tiene cualquier pregunta, por favor llámenos al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Atentamente,

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

Para asegurarse que envié sus reclamos a la dirección correcta use la siguiente tabla de direcciones.

Si usted vive en:	Regrese su forma a:
Alabama	Alabama Medicare Part B Claims P.O. Box 830140 Birmingham, AL 35283-0140
Alaska	Medicare Part B P.O. Box 6703 Fargo, ND 58108-6703
American Samoa	J1 MAC - Palmetto GBA P.O. Box 1051 Augusta, GA 30903-1051
Arkansas	Pinnacle Medicare Services P.O. Box 1418 Little Rock, AR 72203-1418
Arizona	Noridian Administrative Services P.O. Box 6704 Fargo, ND 58108-6704
California	J1 MAC - Palmetto GBA P.O. Box 1051 Augusta, GA 30903-1051
Colorado	TrailBlazer Health Enterprises, LLC P.O. Box 660031 Dallas, TX 75266-0031
Connecticut	National Government Services, Inc. P.O. Box 6178 Indianapolis, IN 46206-6178
Delaware	Highmark Medicare Services P.O. Box 890397 Camp Hill, PA 17089-0397
District of Columbia (Washington DC)	Highmark Medicare Services P.O. Box 890396 Camp Hill, PA 17089-0396
Florida	First Coast Service Options P.O. Box 2525 Jacksonville, FL 32231-2525
Georgia	Georgia Medicare Part B Claims P.O. Box 12847 Birmingham, AL 35202
Guam	J1 MAC - Palmetto GBA P.O. Box 1051 Augusta, GA 30903-1051
Hawaii	J1 MAC - Palmetto GBA P.O. Box 1051 Augusta, GA 30903-1051
Idaho	CIGNA P.O. Box 22599 Nashville, TN 37202-2599

Illinois	Wisconsin Physicians Service P.O. Box 1030 Marion, IL 62959-1030
Indiana	National Government Services, Inc. P.O. Box 7073 Indianapolis, IN 46207-7073
Iowa	Wisconsin Physicians Service P.O. Box 8550 Madison, WI 53708-8550
Kansas	Wisconsin Physicians Service P.O. Box 7238 Madison, WI 53707-7238
Kentucky	National Government Services, Inc. P.O. Box 7073 Indianapolis, IN 46207-7073
Louisiana	Pinnacle Medicare Services P.O. Box 8082 Little Rock, AR 72203-8082
Maine	NHIC, Corp. P.O. Box 2323 Hingham, MA 02044-2323
Maryland	Highmark Medicare Services P.O. Box 890398 Camp Hill, PA 17089-0398
Massachusetts	NHIC, Corp. P.O. Box 1212 Hingham, MA 02044-1212
Michigan	Wisconsin Physicians Service P.O. Box 5555 Marion, IL 62959-5555
Minnesota	Wisconsin Physicians Service 8120 Penn Avenue South, Suite 200 Bloomington, MN 55431
Mississippi	Mississippi Medicare Part B Claims P.O. Box 547 Birmingham, AL 35201
Missouri	Wisconsin Physicians Service P.O. Box 14260 Madison, WI 53708-0260
Montana	Noridian Administrative Services P.O. Box 6735 Fargo, ND 58108-6735
Nebraska	Wisconsin Physicians Service P.O. Box 8667 Madison, WI 53708-8667
Nevada	J1 MAC - Palmetto GBA P.O. Box 1051 Augusta, GA 30903-1051
New Hampshire	NHIC, Corp. P.O. Box 1717 Hingham, MA 02044-1717

New Jersey	Highmark Medicare Services P.O. Box 890030 Camp Hill, PA 17089-0030
New Mexico	TrailBlazer Health Enterprises, LLC P.O. Box 660031 Dallas, TX 75266-0031
New York	National Government Services, Inc. P.O. Box 6178 Indianapolis, IN 46206-6178
North Carolina	CIGNA P.O. Box 671 Nashville, TN 37202-0671
North Dakota	Noridian Administrative Services P.O. Box 6706 Fargo, ND 58108-6706
Northern Mariana Islands	J1 MAC - Palmetto GBA P.O. Box 1051 Augusta, GA 30903-1051
Ohio	Palmetto GBA P.O. Box 182932 Columbus, OH 43218-2932
Oklahoma	TrailBlazer Health Enterprises, LLC P.O. Box 660031 Dallas, TX 75266-0031
Oregon	Noridian Administrative Services P.O. Box 6702 Fargo, ND 58108-6702
Pennsylvania	Highmark Medicare Services P.O. Box 890418 Camp Hill, PA 17089-0418
Puerto Rico	First Coast Service Options P.O. Box 45036 Jacksonville, FL 32232 -5036
Rhode Island	NHIC, Corp. P.O. Box 9203 Hingham, MA 02044-9203
South Carolina	Palmetto GBA P.O. Box 100190 Columbia, SC 29202
South Dakota	Noridian Administrative Services P.O. Box 6707 Fargo, ND 58108-6707
Tennessee	Cahaba GBA P.O. Box 12086 Birmingham, AL 35202-2086
Texas	TrailBlazer Health Enterprises, LLC P.O. Box 660031 Dallas, TX 75266-0031

Utah	Noridian Administrative Services P.O. Box 6725 Fargo, ND 58108-6725
Vermont	NHIC, Corp. P.O. Box 7777 Hingham, MA 02044-7777
Virginia (Arlington and Fairfax Counties including city of Alexandria)	Highmark Medicare Services P.O. Box 890396 Camp Hill, PA 17089-0396
Virginia (The rest of the state.)	TrailBlazer Health Enterprises, LLC P.O. Box 650208 Dallas, TX 75265-0208
Virgin Islands	First Coast Service Options P.O. Box 45098 Jacksonville, FL 32232 -5098
Washington	Noridian Administrative Services P.O. Box 6700 Fargo, ND 58108-6700
West Virginia	Palmetto GBA P.O. Box 182932 Columbus, OH 43218-2932
Wisconsin	Wisconsin Physicians Service P.O. Box 1787 Madison, WI 53701-1787
Wyoming	Noridian Administrative Services P.O. Box 6708 Fargo, ND 58108-6708

COMO LLENAR EL FORMULARIO DE MEDICARE

Medicare le pagará directamente cuando complete este formulario y adjunte la cuenta detallada de su doctor o proveedor. Su cuenta no tiene que ser pagada antes de que someta esta reclamación para pagos, pero usted TIENE QUE adjuntar la cuenta detallada para que el Medicare tramite esta reclamación. Una vez que termine de llenar su forma de reclamación, envíela a la Agencia de Seguro responsable de procesar sus reclamaciones. Si no tiene la dirección, llame a 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

SIGA ESTAS INSTRUCCIONES CUIDADOSAMENTE

A. Cómo completar el formulario

- Encasillado 1. Escriba su nombre como aparece en su tarjeta de Medicare (Apellido, Nombre, Segundo Nombre).
- Encasillado 2. Escriba en letra de molde su Número de Reclamación del Seguro de Salud incluyendo la letra final exactamente como indica su tarjeta de Medicare.
Marque el encasillado apropiado que indica el sexo del paciente.
- Encasillado 3. Escriba su dirección postal y su número de teléfono en el Encasillado 3 y 3b.
- Encasillado 4. Describa la enfermedad o lesión por la que recibió tratamiento. Marque el cuadrado apropiado en el Encasillado 4b y 4c.
- Encasillado 5a. Llene este Encasillado si tiene 65 años o más y está inscrito en un plan de seguro de salud donde trabaja actualmente.
- Encasillado 5b. Llene este Encasillado si tiene 65 años o más y está inscrito en un plan de seguro de salud donde trabaja su cónyuge actualmente.
- Encasillado 5c. Llene este Encasillado si tiene otra protección médica aparte de Medicare. Asegúrese de dar el Número de Póliza o Número de Asistencia Médica. Usted puede marcar el encasillado señalado si no quiere que la información de pagos en esta reclamación sea divulgada a su otro asegurador.
- Encasillado 6. Asegúrese de firmar su nombre. Si no puede escribir su nombre, haga una cruz (X). En este su caso necesita también un testigo que firme y dé su dirección en el Encasillado 6.
Si usted está llenando este formulario por otro paciente de Medicare, debe escribir (Por) y firmar el nombre y dirección de usted en el Encasillado 6. Usted también debe indicar su relación con el paciente y explicar brevemente por qué el paciente no puede firmar.
- Encasillado 6b. Escriba en letra de molde la fecha en que completó este formulario.

B. Cada cuenta detallada TIENE QUE tener toda la información que sigue:

- Fecha de cada servicio
- Lugar de cada servicio
 - Oficina del Doctor
 - Asilo de Ancianos e Impedidos
 - Laboratorio Independiente
 - Hogar del Paciente
 - Hospital para Pacientes Externos
 - Hospital para Pacientes Internos
- Descripción de cada operación o servicio médico, o artículos médicos provistos.
- Costo por CADA servicio.
- Nombre y dirección del doctor o del proveedor. Muchas veces una cuenta incluirá el nombre de varios doctores o proveedores. ES MUY IMPORTANTE QUE QUIEN LE HAYA TRATADO A USTED SEA IDENTIFICADO. Simplemente haga un círculo alrededor de nombre de él o ella en la cuenta.
- Nos ayuda si el diagnóstico está indicado. Si no es así, asegúrese de completar el Encasillado 4 de este formulario.
- Indique cualquier servicio por el que usted ya haya radicado una reclamación de Medicare.
- Si el paciente ha fallecido, por favor comuníquese con su oficina de Seguro Social para informarse de cómo radicar una reclamación.
- Adjunte el aviso "Explicación de Beneficios de Medicare" del otro asegurador si usted solicita también pagos del Medicare.

COMPILACION Y USO DE LA INFORMACION DE MEDICARE

Nosotros estamos autorizados por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid para pedirle la información que se necesita para la administración del programa de Medicare. La autoridad para reunir información está en la sección 205(a), 1872 y 1875 de la Ley de Seguro Social enmendada.

La información que obtengamos para completar su reclamación de Medicare se usa para identificarle a usted y determinar su elegibilidad. También se usa para decidir si los servicios y artículos médicos que recibió están cubiertos por Medicare y asegurar que se efectúe el pago debido.

También se puede dar la información a otros proveedores de servicios, Agencias de Seguro Medicare intermediarios, juntas de revisión médicas y otras organizaciones como es necesario para administrar el programa de Medicare. Por ejemplo, puede que se necesite revelar información a un hospital o doctor sobre los beneficios que usted ha usado.

Con una excepción, la cual se explica abajo, no hay penalidades bajo la Ley de Seguro Social por rehusar proveer información. Sin embargo, faltar en suplir información en referencia a los servicios médicos prestados o a la cantidad pagada puede prevenir el pago de la reclamación. Faltar en proveer cualquier otra información, tal como nombre o número de reclamación, puede atrasar el pago de la reclamación.

Es obligatorio que usted nos diga si ha recibido tratamiento por una lesión relacionada con el trabajo para que podamos determinar si la compensación del trabajador. La Sección 1877(a)(3) de la Ley de Seguro Social dicta pena criminal por retener esta información.

De acuerdo con la Ley de Reducción de Papeleo de 1995, no se le requiere a ninguna persona responder a una recopilación de información a menos de que presente un número de control válido de la Oficina de Gerencia y Presupuesto (OMB, por sus siglas en inglés). El número de control válido de OMB para esta recopilación es 0938-0008. El tiempo requerido para completar esta recopilación de información es de 16 minutos por respuesta, incluyendo el tiempo para revisar las instrucciones, buscar datos existentes, acumular los datos necesarios, completar y revisar la recopilación de información. Si tiene algún comentario relacionado a la precisión del tiempo estimado o sugerencias para mejorar este formulario, favor de escribir a: CMS, Attn: PRA Reports Clearance Officer, 7500 Security Boulevard, Baltimore, MD 21244-1850.

NO ENVIE FORMULARIOS DE RECLAMACIONES A ESTA DIRECCIÓN